2e Année. No 13. 1er Aout 1881.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

2e Année. N° 13. 1er Aout 1881

REVUE MENSUELLE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

A nos lecteurs,

Lorsqu'il y a un an, nous inaugurions en province notre modeste publication, nous étions loin de nous attendre à l'accueil qui lui a été fait et au succès rapide qu'elle a obtenu dans le monde médical. Notre but, comme nous l'avons annoncé tout d'abord, était simplement de publier les quelques faits intéressants que nous pourrions avoir l'occasion d'observer, et de vulgariser des parties de la science encore trop délaissées.

La centralisation exagérée qui existe dans notre pays pouvait faire craindre qu'une Revue spéciale, *même mensuelle,* publiée en province, ne pût subsister longtemps et mourût d'inanition; mais grâce au bienveillant concours de quelques confrères dévoués aux progrès de ces parties de la science, non seulement les éléments ne nous ont pas fait défaut, mais dès le huitième mois nous nous sommes vu forcé d'élargir le cadre que nous

nous étions tracé, et de faire aux travaux originaux une part plus grande que celle que nous leur avions tout d'abord assignée.

Aussi, en présence de l'extension prise aujourd'hui par notre *Revue*, avons-nous résolu de nous assurer le concours de praticiens éminents dont les travaux justement appréciés ont fait des maîtres, soit en laryngoscopie, soit en otoscopie. Ce sont MM. les docteurs et professeurs : Ch. Fauvel, C. Miot et G. Poyet, à Paris; Labus, à Milan; Lennox Browne et Urban Pritchard, à Londres; Samuel Sexton, à New-York; Solis-Cohen, à Philadelphie, Schnitzler, à Vienne, et Voltolini, à Breslau.

Que nos illustres confrères reçoivent ici nos meilleurs sentiments de gratitude pour avoir bien voulu nous aider à accomplir la tâche que nous nous étions imposée !

On a pu remarquer que dans ces derniers temps, la aryngoscopie et l'otoscopie ont commencé à prendre rang à côté de leur sœur aînée l'ophtalmoscopie, bien qu'il n'existe encore en France aucun enseignement officiel pour ces deux premières branches de la science médicale. En effet, grâce aux efforts de notre sympathique collaborateur, M. le docteur Labus, la laryngoscopie a été pour la première fois représentée dans un Congrès international, à Milan; et elle le sera encore cette année au Congrès de Londres, où une section spéciale a été faite pour chacune d'elles. Bien plus, un Congrès de laryngoscopie s'ouvrira à Paris, en 1882, et nous avons la ferme conviction que de nombreuses adhésions viendront rendre ce premier Congrès des plus intéressants. Cependant, tous nos efforts ne doivent pas se borner à franchir cette première étape.

En effet, pourquoi à l'exemple de nos confrères d'outremer ne formerions-nous pas une Association laryngologique et otologique dont les membres se réuniraient, soit à Paris d'abord et dans les principales villes de province ensuite, pour y discuter les questions impor-

tantes et encore obscures de cette pathologie presque tout entière à l'étude? Pourquoi resterions-nous ennemis du progrès et dépourvus de cette initiative qui laisse à l'étranger le soin de découvrir et d'appliquer le premier toutes les nouvelles méthodes, tous les nouveaux procédés d'investigation !

Aussi, plus que jamais désireux de mener à bonne fin l'œuvre entreprise, nous continuerons à marcher dans la voie que nous nous étions tracée dès le début; au lieu de vingt-quatre pages, notre publication en contiendra désormais trente-deux, ce qui nous permettra de consacrer plus d'espace aux travaux originaux.

Comme par le passé, nous nous efforcerons de tenir nos lecteurs au courant de toutes les publications ayant trait à ces branches spéciales ; nous ferons tous nos efforts pour rendre notre Index bibliographique le plus complet possible et faciliter ainsi les recherches de ceux qui désirent approfondir quelques sujets encore à l'étude.

Dr E. J. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DU DOCTEUR E.-J. MOURE

Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, ou dilatateurs de la glotte, d'origine nerveuse.

Par A. Ducau, chef de clinique.

Dans une précédente revue (1), nous avons essayé d'établir avec MM. les docteurs Poyet et Solis Cohen que l'on ne devait pas, à l'exemple de la plupart des auteurs, attribuer les paralysies des muscles laryngiens, indépendamment des

(1) *Revue mensuelle de Laryngologie*, nº 10, 1er mai 1881.

cas de compression et d'altération des nerfs eux-mêmes, presque exclusivement aux inflammations catarrhales, mais qu'il fallait aussi compter avec l'hystérie qui frappe ordinairement dans ce cas les constricteurs, surtout les crico-aryténoïdiens latéraux et lary-aryténoïdien.

L'observation suivante, que nous avons eu l'occasion de recueillir, va nous servir à démontrer que les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs ou dilatateurs de la glotte, ne sont pas absolument à l'abri des atteintes de cette névrose.

Mme D..., âgée de 35 ans, tailleuse, est adressée par le docteur Lande à la clinique du docteur Moure où elle se présente le 26 octobre 1880.

Ses antécédents héréditaires ou morbides ne nous fournissent aucune donnée.

Cette malade a perdu la voix depuis onze mois, mais il y a cinq mois, s'étant appliqué un vésicatoire au-devant du cou et ayant fait des badigeonnages à la teinture d'iode, elle a pu parler pendant vingt-huit jours.

Puis, brusquement l'aphonie apparut de nouveau. La voix, enrouée le matin, ne tarda pas à s'éteindre complètement.

Il est à remarquer que cette femme est affectée d'une névropathie très accusée, que trahissent un caractère fort impressionnable, la sensation d'une boule, des attaques qui se répètent tous les mois ou même deux fois par mois, en un mot tous les symptômes qui forment le cortège habituel de l'hystérie.

Elle avait deux enfants, elle en a perdu un, le survivant est frappé de paralysie labio-glosso-pharyngée.

L'appétit est médiocre. La toux sèche et aphone, l'expectoration nulle.

La voix également aphone consiste en un espèce de sifflement métallique qui se produit sans la moindre douleur.

La respiration est difficile et anxieuse, l'air manque à la malade; mais il n'existe pas d'accès de suffocation, sauf pendant les crises d'hystérie. L'expiration est libre, l'inspiration fort gênée au contraire, s'accompagne d'un léger degré de cornage ou plutôt de sifflement laryngien.

Le murmure respiratoire ne s'entend qu'avec peine.

A l'examen laryngoscopique, on voit que les cordes vocales occupent le milieu de l'espace glottique, laissant entre elles à peine un intervalle d'un millimètre ; pendant l'inspira-

tion, elles restent absolument immobiles. De plus, elles sont flottantes, détendues et rosées par places.

Les dilatateurs de la glotte sont évidemment paralysés ainsi que les phonateurs (thyro-aryténoïdiens et crico-thyroïdiens), comme le démontrent l'état de relâchement des rubans vocaux et l'aphonie qui en est la conséquence. Ajoutons que durant l'examen, il se produit un phénomène assez commun dans les paralysies nerveuses, c'est-à-dire que dès que le miroir est placé au-devant de la luette, la malade prononce très distinctement et à haute voix la voyelle *e* et redevient aphone aussitôt le miroir retiré de la cavité buccale.

En présence de ces symptômes, M. Moure fait une première tentative d'électrisation externe qui reste sans résulat ; dans une deuxième, il porte l'un des électrodes sur les cordes vocales mêmes, tandis que l'autre est appliqué extérieurement sur le cou de la malade et presque instantanément cette dernière recouvre sa voix d'autrefois, un peu tremblotante cependant à cause de l'impression que lui cause la vue des instruments introduits dans son larynx.

Un traitement général tonique et antispasmodique est ensuite recommandé à la malade. Jusqu'au 4 novembre sa voix reste normale, mais à ce moment elle s'enroue à nouveau. L'examen laryngoscopique révèle un peu de rougeur des cordes et des signes de trachéite légère. C'est sans doute à ce léger état inflammatoire qu'il faut rapporter l'enrouement. Du reste, les cordes vocales fonctionnent très facilement.

On pratique des attouchements avec le sulfate de strychnine, l'aconit, etc., et, dès lors, la guérison ne s'est pas un instant démentie.

La cause de cette paralysie nous semble nettement indiquée, et nous ne croyons pas, étant donné l'état général de cette dame, qu'elle puisse avoir une autre origine que l'hystérie.

En effet, l'examen laryngoscopique a permis d'exclure toute idée de tumeur intra-laryngienne, et la dyspnée continue suffit de son côté pour faire rejeter le spasme de la glotte dans lequel la gêne respiratoire survient par intermittences et sous forme d'accès.

De plus, ces spasmes, qu'il nous est si aisé de reproduire

par les attouchements laryngés et qu'il n'est pas toujours prudent de provoquer surtout chez les sujets atteints d'œdème de la glotte, sont des phénomènes réflexes durant lesquels la modulation de la voix est impossible.

Les spasmes hystériques ou crises, qui chez notre patiente venaient une ou deux fois par mois compliquer la paralysie, sont autant de symptômes qui nous permettent d'avoir une idée exacte de la nature même de la maladie.

Nous n'avons pas non plus à penser ici à ce qu'on appelle les *spasmes chroniques* (Krishaber) qui aboutissent si souvent à la paralysie et qui sont dus à l'irritation lente et progressive d'un ou des deux récurrents par le développement des goîtres suffocants ; la marche de la maladie et la présence d'une tumeur mettent sur la voie du diagnostic.

Il est d'observation vulgaire que l'infiltration œdémateuse des muscles peut amener leur paralysie, que les couches musculaires sous-jacentes aux muqueuses ou aux séreuses atteintes d'hydropisie deviennent inaptes à se contracter (loi de Stokes) : comme il arrive pour les intercostaux dans les cas de pleurésie, pour les fibres musculaires abdominales dans les cas de péritonite et pour les muscles du larynx dans certaines laryngites diathésiques. Mais l'œdème de la glotte reconnaît pour cause la plus ordinaire la phymie laryngée, d'autres fois la propagation d'une phlegmasie voisine (angine), une brûlure, la fièvre typhoïde et la variole, enfin les maladies hydropigènes, toutes conditions qui, jointes à l'examen laryngoscopique, ne laisseront aucun doute sur l'essence du processus morbide.

La phtisie laryngée par sa marche toujours envahissante peut déterminer souvent la paralysie des muscles du larynx. Une malade, actuellement en traitement à la Clinique, présente un défaut d'action des abducteurs de la glotte, notablement améliorée du reste par une médication régulièrement suivie ; mais cette parésie trouve sa raison d'être dans les lésions tuberculeuses dont l'organe vocal est le siège.

A ceux qui voudraient invoquer chez notre malade, l'existence d'une inflammation catarrhale des cordes vocales qui se trouvaient en effet légèrement rosées par places, il serait aisé de répondre que les phlogoses de ce genre affectent de préférence les muscles phonateurs et qu'en outre l'expectoration était nulle.

Tout le monde admettra sans peine qu'il serait au moins extraordinaire de voir la dégénérescence graisseuse primitive se localiser en un point aussi circonscrit, et cette considération seule nous fait de prime-abord rejeter cette idée.

On a bien vu se développer des névromes sur le trajet des récurrents, ou ces derniers se trouver comprimés par un engorgement des ganglions péri-trachéaux ou bronchiques et comme conséquence la paralysie des abducteurs, mais il n'en faut pas moins reconnaître qu'il est très rare de rencontrer des lésions portant sur les deux nerfs à la fois et qu'en outre ces lésions donnent naissance à des symptômes dont l'interprétation ne saurait être douteuse. Aussi avons-nous cru, dans le cas actuel, pouvoir éliminer cet ordre de causes.

Mais ne pourrait-on pas avoir sous les yeux une paralysie par compression anévrysmale? Il ne faut pas oublier que, comme pour les névromes, les paralysies de cet ordre sont presque toujours unilatérales et qu'en outre, les signes de l'anévrysme sont assez nombreux et souvent assez caractéristiques pour ne pas le laisser passer inaperçu, une fois que l'on a soupçonné son existence.

Enfin, faut-il ajouter que Mme D... n'a jamais eu ni rhumatisme, ni diphthérie qui n'attaquent « qu'exceptionnellement les crico-aryténoïdiens postérieurs (1) » ni fièvre typhoïde ni syphilis; qu'elle n'a jamais subi d'opération dans la gorge ni reçu de traumatisme, ce qui exclut la rétraction cicatricielle; enfin, qu'elle n'a jamais fait d'efforts vocaux exagérés?

Quant aux lésions du pneumogastrique et du spinal à leur origine, elles s'accompagnent de phénomènes généraux du côté du cerveau et du bulbe assez manifestes pour éveiller dans l'esprit de l'observateur une idée autre que celle d'une simple paralysie laryngienne.

Enfin, qu'un corps étranger, un morceau de viande par exemple, comme dans le cas rapporté par Ott (2), arrêté à la

(1) P. Koch, *Annal. des mal. de l'or.*. t. IV, p. 44,

(2) Cité par Makensie, *Diseases of the Throat and nose*, p. 154.

Dans ces circonstances nous penserions volontiers que l'asphyxie survient par interruption du courant respiratoire, ainsi que semble le démontrer une pièce pathologique conservée au musée de la Faculté de Bordeaux et qui nous montre un morceau de bœuf bouilli fortement engagé dans le vestibule du larynx qu'il obture complètement.

artie supérieure de l'œsophage et y ayant séjourné pendant vingt-quatre heures, ait pu déterminer par compression la paralysie des abducteurs, le fait est possible, mais il est tellement rare de voir de pareils accidents se reproduire qu'il faut les regarder comme de véritables curiosités pathologiques.

Au même titre, nous devons exclure la paralysie idiopathique, c'est-à-dire la paralysie survenant sans cause connue et sans lésion anatomique spéciale, dont le docteur Bonnemaison (1) (de Toulouse), vient tout récemment de publier un exemple, et qui est tellement rare, dit-il, qu'il n'en existe aucun autre dans la science.

De ces considérations il résulte que si, dans la plupart des cas, on a pu rapporter l'origine de la paralysie à l'une des nombreuses causes que nous venons de passer en revue, il n'en reste pas moins prouvé que chez notre malade nous avons eu affaire à une paralysie de nature hystérique, probablement accompagnée d'une lésion semblable des thyroaryténoïdiens et des crico-thyroïdiens. La terminaison favorable et rapide, grâce au traitement électrique, vient encore confirmer cette opinion. Des faits analogues, bien que rares ont déjà été signalés. En effet, P. Koch (2) en cite un cas rapporté par Naunyn et il ajoute : « Cette paralysie est souvent de nature hystérique. »

Dernièrement, M. le docteur Schiffers (3), assistant à l'université de Liége, exposait en détail une observation de cette nature.

Après avoir dit que la paralysie a été rapportée dans plusieurs cas à l'hystérie, il en mentionne un autre exemple observé par Biermer chez une dame de 33 ans qui avait présenté par intervalles des troubles hystériques.

D'après M. Bonnemaison, Burow signale l'hystérie cinq fois comme cause génératrice de cette paralysie.

Enfin, M. le docteur Semon (4), de Londres, a relevé un cas de paralysie respiratoire d'origine nerveuse centrale.

(1) *Revue méd. de Toulouse*, nos 4 et 5, 1881.

(2) *Loc. cit.*

(3) *De la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs*, p. 10. Bruxelles, 1880.

(4) Hayem, *Revue des sc. méd.*, t. XII, p 669.

Il reste donc bien acquis que les dilatateurs de la glotte peuvent, au même titre que les constricteurs, être frappés de paralysie nerveuse.

Existe-t-il toujours des signes bien tranchés qui permettent de reconnaître cette affection et ne peut-elle passer inaperçue?

D'après les auteurs qui en ont rapporté des exemples, le diagnostic ne serait pas toujours facile à porter. En effet, P. Koch avoue qu'il lui a fallu des années avant d'arriver à reconnaître cette maladie chez une femme dont il relate l'observation.

Cet accident, dit M. le professeur Jaccoud (1), ne peut être reconnu qu'au laryngoscope. Mais d'un autre côté, M. le docteur Schiffers (2) écrit : « Il est en tout cas difficile, même avec le secours du laryngoscope, de toujours isoler la paralysie des différents muscles du larynx. Toutefois, pour le cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, il *ne peut y avoir de doute.* »

C'est encore l'opinion du docteur Semon (3) : « La conséquence de l'étroitesse de l'orifice glottique, est une dyspnée excessive d'un caractère si pathognomonique qu'on pourrait presque, selon l'auteur anglais, diagnostiquer l'affection sans l'aide du laryngoscope. »

Sans vouloir nous départir de la sage réserve recommandée par P. Koch, nous nous rangeons volontiers à l'opinion de MM. Schiffers et Semon et nous pensons qu'il est des cas où l'on peut, comme dans l'observation rapportée par nous, diagnostiquer une paralysie des dilatateurs de la glotte, sans s'exposer à commettre une erreur.

Il est habituel de voir la maladie s'établir graduellement, surtout quand il s'agit de paralysies par compression des récurrents ou survenues à la suite d'affections laryngées (tumeurs, catarrhe, syphilis, phymie). Dans ces divers cas, les signes qui dénotent l'existence de ces lésions devront faire songer à la possibilité d'une paralysie qu'il faudra s'efforcer de prévenir à tout prix. Mais il faut savoir aussi qu'elle peut éclater brusquement lorsqu'elle a pour cause l'hystérie. No-

(1) *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 892.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

tre malade et celle du docteur Semon nous en donnent un exemple remarquable et l'on sait qu'en pareil cas la paralysie se révèle d'emblée par les signes qui lui sont propres.

— Le phénomène qui frappe tout d'abord, c'est la dyspnée, mais une dyspnée d'un caractère spécial qu'on ne saurait méconnaître. L'inspiration est pénible, longue et sifflante ; l'expiration, au contraire, libre, mais brève. Le premier phénomène entraîne le cornage qui atteint rarement, dans les autres sthénoses laryngiennes, le degré d'intensité qu'il possède dans la paralysie des dilatateurs. Chez une religieuse, traitée par M. P. Kock (1), il devenait, dit-il, tellement bruyant, qu'aucune des sœurs couchées dans la même aile du couvent ne pouvait dormir (2). Cependant, dans le cas relaté par nous, le cornage n'était pas aussi prononcé. La voix elle-même consistait en une sorte de sifflement qui se trouvait expliqué par l'état des thyro-aryténoïdiens qui n'étaient pas tout à fait indemnes de l'affection dont les dilatateurs étaient frappés.

Ce cornage si bruyant, qui semble en rapport avec l'état de tension des rubans vocaux et le rétrécissement glottique, est un signe constant. Il a été indiqué par beaucoup d'auteurs qui en avaient été frappés d'abord et l'ont toujours constaté dans les cas soumis à leur observation. Son timbre est uniforme, mais, comme durant le sommeil, la plupart des muscles laryngiens sont à l'état de résolution, les cordes vocales participant à cet état, le son est un peu plus bas et plus résonnant que pendant le réveil, précisément parce que la tension des cordes est plus prononcée dans ce dernier cas (3).

Il est évident que les efforts de tout genre auront pour conséquence immédiate d'accroître la dyspnée ; car il est probable que les mouvements respiratoires, devenant plus précipités et ne laissant pas aux poumons le temps de se dilater complètement, l'air contenu dans les bronches tend à

(1) *Ann. des mal. de l'or.*, t. V, p. 325.

(2) Le cornage à un haut degré, peut encore se rencontrer dans les cas de tumeurs laryngées ou trachéales assez volumineuses pour obturer presque entièrement l'orifice glottique, et ce signe n'a de valeur qu'accompagné des autres symptômes de paralysie laryngée.

(3) Le même phénomène pouvait être provoqué chez un scrofuleux, en exerçant au niveau du 4e anneau de la trachée et dans la direction de la colonne vertébrale une pression graduelle sur les ganglions affectés. L'observation de Peuzoldt en fait foi. (*Hayem. Sc. méd.*, t. VII, p. 302.)

se raréfier. Cette manière de voir se trouve confirmée par l'observation d'une jeune fille hystérique, affectée d'une paralysie des abducteurs, que Naunyn (1) présenta à la Société médicale de Kœnigsberg, et chez laquelle la respiration était striduleuse, et la dyspnée accrue au moindre mouvement. De même une inspiration profonde en rendant plus complète l'occlusion de la glotte, provoquera des accès de dyspnée.

Toutefois, si l'on croit M. Schiffers (2), il y aurait peut-être un moyen d'atténuer cette gêne respiratoire. Il résulte, en effet, de la première observation publiée sur ce sujet par M. le docteur Gerhardt, et reproduite par cet auteur, que le malade « s'était habitué à contracter continuellement ses muscles de façon à tenir le larynx dans une position élevée, parce qu'il respirait de cette manière avec plus de facilité. Le soulagement qu'il se procurait ainsi peut s'expliquer par la propriété que possède le muscle thyro-hyoïdien ; ce dernier agit comme antagoniste du crico-thyroïdien, en rapprochant le cartilage thyroïde des cartilages aryténoïdes et en déterminant de cette façon une espèce de *bâillement de la glotte*. Le rétrécissement de cette dernière produit par la tension des cordes vocales est ainsi diminué. Cette explication peut paraître ingénieuse, mais on est en droit de se demander si elle n'est pas une pure hypothèse. En effet nous voulons bien admettre que le thyro-hyoïdien l'emporte sur le crico-thyroïdien, qui semble destiné à immobiliser le bord inférieur du cartilage thyroïde ; mais n'aurait-il pas en outre à vaincre l'antagonisme des sterno-thyroïdiens dont la force de contraction est bien autrement importante ? Nous croyons l'auteur plus près de la vérité, quand il ajoute que les cordes n'étant plus tendues, il y aura toujours en quelque sorte un bâillement de la glotte.

D'ailleurs ce phénomène, s'il existe, doit être jugé fort rare, puisque les auteurs n'en ont pas fait mention. Il mérite donc d'être à la fois confirmé et appuyé sur des faits nombreux.

A la dyspnée inspiratoire et au cornage succède, avons-nous dit, une expiration libre. Il faut néanmoins reconnaître

(1) Cité par P. Koch, loc. cit.

(2) *Loc. cit.*

que ce second signe n'a de valeur que s'il est observé chez un sujet dont le larynx est complètement développé. Car chez l'enfant, dont l'espace inter-aryténoïdien est peu étendu et ne s'accroît qu'avec l'âge, il peut être tout aussi bien l'expression d'une paralysie de tous les muscles de l'organe vocal.

Il existe un contraste vraiment remarquable entre cette dyspnée et ce cornage, parfois objet de terreur pour le patient et son entourage, et l'*intégrité de la voix* qui est presque toujours conservée, si la paralysie ne siège pas en même temps sur les cordes vocales, comme dans notre cas, ou ne s'accompagne pas de catarrhe laryngien.

Sur 35 cas, rassemblés par le professeur Burow (1), il y avait deux fois aphonie complète, onze fois la voix était rauque et douze fois normale. Il eût été fort intéressant de connaître la cause de chaque cas particulier; nous aurions été ainsi mieux fixés sur la valeur de ce symptôme que MM. H. Jackson et Makenzie (2) ne regardent pas comme constant, parce que l'enrouement et même l'aphonie complète ont pu exister sans que ces signes aient pu être expliqués. Toutefois il nous paraît évident qu'un seul fait bien observé de paralysie respiratoire *avec conservation de la voix*, doit suffire pour démontrer que cette paralysie peut exister sans entraîner la perte de la faculté de parler, et par conséquent l'on doit chercher ailleurs l'explication de l'aphonie que dans la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Nous ne sommes pas éloigné de croire, comme l'atteste l'observation rapportée au début de cette note, qu'elle réside uniquement dans le défaut d'action des muscles phonateurs, lésion difficile à remarquer et à diagnostiquer quand elle n'existe pas seule.

La toux subit à peu près les mêmes variations que la voix.

Un autre symptôme qui n'a pas moins d'importance est la position des cordes vocales pendant l'acte respiratoire. Elle correspond à peu près à celle qu'elles occupent pendant la phonation et cette position reste sensiblement la même pendant les deux temps de la respiration, ce qui implique l'inertie des cartilages aryténoïdes, lesquels n'exécutent plus leur

(1) Berliner Klinische Wochenschrift. nos 33 et 34, 1879.

(2) Cités par P. Koch, loc. cit.

mouvement de bascule et de rotation en dehors, par conséquent la paralysie des dilatateurs.

M. le docteur Schiffers (1) ne semble donc pas autorisé à dire que « pendant *l'expiration*, au contraire, les cordes vocales inférieures *s'écartent*, que nous voyons apparaître de nouveau l'espace glottique sous la forme d'un triangle à base postérieure et que la glotte *se dilate* suffisamment pour laisser apercevoir l'entrée de la trachée et constater la non-existence d'une excroissance quelconque ». Car dire que les cordes vocales s'écartent pendant l'expiration, n'est-ce pas à la fois méconnaître un des symptômes les plus saisissants de cette paralysie, l'immobilité des rubans vocaux et des aryténoïdes, et affirmer l'activité des crico-aryténoïdiens postérieurs, seuls dilatateurs de la glotte? Cette position des cordes vocales et l'inaction des aryténoïdes peuvent, il est vrai, se rencontrer dans les cas d'ankylose double ou de rétrécissement cicatriciel : nous allons apprendre bientôt à différencier ces affections de celle qui nous occupe.

Cependant il importe de remarquer que la position des rubans vocaux peut être sujette à varier dans certains cas. Ainsi, chez une malade, dont le même auteur a fait connaître l'histoire, l'examen laryngoscopique, pratiqué pendant l'électrisation, permit de « constater une dilatation de la glotte en même temps que la respiration était facilitée », phénomènes qui disparaissaient dès que les courants cessaient d'agir. Ce fait, utile à connaître et qui ne devra pas manquer de se reproduire chaque fois que les muscles auront conservé leur pouvoir contractile, est propre à éclairer le diagnostic ; aussi il mérite d'être signalé.

Avant de terminer ce qui a trait à l'étude des symptômes, il nous reste à dire que dans la paralysie simple, la déglutition s'accomplit toujours normalement.

Si l'on joint à la connaissance de ces signes, une recherche approfondie de la cause qui a donné naissance à la paralysie, de l'affection générale ou locale dont elle est la manifestation, l'on aura acquis une notion suffisante de la maladie qui, pour être rare, n'en offre pas moins beaucoup d'intérêt au praticien soucieux de mettre à profit les avantages d'une médication appropriée à chaque cas.

(1) *Loc. cit.*

L'image laryngoscopique fournie par la position des cordes vocales dans la paralysie des dilatateurs est la même, avons-nous dit, que celle que nous observons dans les cas d'ankylose bilatérale des cartilages aryténoïdes ou de rétrécissement cicatriciel, « surtout quand la plaque du cricoïde a » été éliminée (1) ». Mais on n'ignore pas que cette ankylose rarement bilatérale est presque toujours le dernier terme d'une périchondrite qui a elle-même pris naissance dans une altération de la muqueuse (fréquemment la phtisie laryngée et la fièvre typhoïde) ; elle est, en outre, caractérisée par des signes qu'on ne saurait méconnaître, tels que gonflement de la région malade, douleur à la pression digitale, dysphagie, et généralement accompagnée de lésions variables, rougeur, ulcérations, suivant la nature de l'affection.

Une dyspnée suivie de cornage dans les deux temps de la respiration, la diminution du diamètre antéro postérieur du larynx, l'existence de brides cicatricielles, la palpation laryngienne en révélant l'élimination d'une portion du cricoïde, le souvenir d'une opération autrefois pratiquée dans le larynx, la recherche d'antécédents syphilitiques ou scrofuleux, enfin l'efficacité du traitement par la dilatation forcée, sont autant de signes qui plaident en faveur d'une sténose cicatricielle.

Dans l'étude des causes qui engendrent la paralysie, nous avons déjà exposé les signes qui la distinguent de l'œdème glottique; nous n'y reviendrons pas.

Reste à dire un mot de la simulation. « Ces individus, dit P. Koch (2), ne peuvent simuler que la voix basse ou l'aphonie, c'est-à-dire, qu'ils sont capables de faire agir d'une manière incomplète les muscles phonateurs seuls ou de les tenir immobiles, mais jamais ils ne peuvent imiter avec leur larynx la paralysie des dilatateurs de la glotte. » C'est aussi l'opinion de M. Schiffers (3) qui dit : « Il est impossible de simuler les signes que nous a fournis l'examen laryngoscopique, tandis que la paralysie de nature phonique peut l'être et exige toute l'attention du médecin quand elle est bilatérale et parfaitement symétrique. » Peut-être conviendrait-il cependant d'être moins exclusif et d'attendre que la physiologie ait dit son dernier mot sur ce point.

(1) P. Koch, *loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

La marche de la maladie est ordinairement lente et progressive. D'après le docteur Semon, l'âge des malades varierait de trente à soixante ans et le processus morbide marcherait avec beaucoup de lenteur ne survenant que progressivement. Cette lenteur et cette tendance du mal à empirer n'ont pas lieu de nous surprendre, car nous savons que tout muscle qui ne fonctionne pas ou fonctionne mal, voit fatalement des fibres s'atrophier ou dégénérer, suivant qu'il obéit à tel ou tel processus morbide, jusqu'à ce qu'enfin, devenu absolument inerte et incapable de se contracter, il entraîne la perte d'une fonction physiologique ou comme dans les paralysies laryngées, l'asphyxie que la trachéotomie seule pourra dans quelques cas prévenir. Cependant les paralysies d'origine nerveuse qui, on le sait bien, se montrent avec autant de rapidité qu'elles en mettent à disparaître, font souvent exception à cette règle.

Mais il n'est pas impossible de voir la maladie revêtir une marche aiguë, comme le prouve un fait publié récemment et reproduit par M. Schiffers (1). « Une jeune fille de dix-huit ans toussait depuis quelques jours, elle se refroidit dans la nuit du 16 au 17 février 1879, et dans les premières heures de la matinée du 17, elle fut prise d'une dyspnée continuellement croissante, puis d'aphonie. L'inspiration était bruyante, l'expiration libre et brève ; il se manifesta de la cyanose. A neuf heures, la trachéotomie paraissait urgente, une injection de morphine produisit un peu de calme. En surveillant la malade, on appliqua le courant induit aux deux côtés du larynx, il y eut amélioration et l'on y eut encore recours plusieurs fois dans l'après-midi. Il en fut de même les 18 et 19. La voix revenait le 19, le 27, la guérison était complète.

Au laryngoscope, on avait trouvé les signes d'une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et des thyro-aryténoïdiens. Nulle trace de catarrhe de la muqueuse laryngée. La paralysie des derniers muscles produisait l'aphonie. La maladie pouvait être prise pour un œdème aigu de la glotte et l'auteur lui-même, avant l'examen laryngoscopique, pensait à cette complication, mais le miroir leva tous les doutes.

(1) *Loc. cit.*

Deux raisons nous ont engagé à rapporter ce fait : la première, c'est qu'il est une preuve que la paralysie des dilatateurs peut, indépendamment des cas d'hystérie, suivre une marche rapide ; la seconde, parce qu'il nous montre qu'il n'est pas impossible de voir la maladie, sous l'influence d'un traitement, se terminer d'une manière favorable.

Le pronostic n'est donc pas nécessairement grave comme il ressort des premiers faits observés, et comme le croient encore quelques auteurs.

« Le pronostic, écrit M. Bonnemaison, est en somme des plus désespérants, et Semon (1) dit avec raison que tous les agents thérapeutiques, *l'électricité entre autres*, doivent être repoussés, et que la trachéotomie pratiquée *de bonne heure*, est le moyen le plus logique et le plus sûr de guérir certains malades que l'abstension condamnerait à une mort inévitable, et pour permettre à certains autres affectés de lésions anatomiques (syphilis, par exemple), de suivre une médication locale et générale, souvent couronnée de succès. » D'où il conclut que « dans tous les cas de paralysie, idiopathique ou non, il n'est qu'un seul moyen, curatif souvent, palliatif toujours, digne d'être employé, c'est la trachéotomie pratiquée de bonne heure ».

Peut-être serait-il plus légitime de ne point conclure d'une manière aussi absolue et de tenir compte des causes et de la marche de la paralysie avant d'établir un pronostic aussi défavorable.

En effet, au début de son mémoire, M. Schiffers cite le cas d'une jeune fille hystérique rapidement guérie par l'emploi de courants constants. De plus, quelques observations où la terminaison a été heureuse ont été publiées par Burow. Enfin si l'on se rappelle que, d'après tous les physiologistes il existe des *paralysies* de nature hystérique limitées à différents muscles du corps, qui peuvent persister assez longtemps et disparaître sans laisser de traces, on ne sera pas étonné qu'il en puisse être de même pour les crico-aryténoïdiens postérieurs. De leur côté E. et J. Bœkel (2) affirment que « dans les paralysies hystériques, l'application de l'électricité

(1) Cité par Bonnemaison, *loc. cit.*
(2) In nouveau *Dict. de Méd. et de Chir.* de Jaccoud, t. 27, art. larynx.

sous forme de courants induits ou de courants constants a donné de très beaux résultats ». Dans un cas, n'ayant rien obtenu avec la galvanisation, Peuzoldt (1) eut recours à la faradisation à travers la peau; le succès, d'abord momentané se maintint au bout de huit jours. H. Klemm (2) reconnaît à son tour les bons résultats de l'électrisation. Enfin si l'on veut bien se rappeler que sur 50 observations environ connues jusqu'à ce jour, l'hystérie a été signalée 10 fois comme cause déterminante (1 cas de Naunyn, 1 de Schiffers, 1 de Biermer, 1 de Semon, 5 de Burow, enfin 1 rapporté par nous), l'on sera bien obligé de reconnaître que 20 fois sur 100 les paralysies de cette nature seront susceptibles de disparaître spontanément ou sous l'influence électrique sans qu'il soit nécessaire de recourir à la trachéotomie qu'il faut, à notre sens, réserver pour les cas graves.

Il est même probable que cette proportion reste encore au-dessous de la vérité, puisque dans plusieurs cas la cause n'ayant pas été signalée, cette statistique ne saurait avoir de rigueur absolue.

Le fait important consistera donc à chercher d'abord la cause de la paralysie, et sa nature devra décider du mode de traitement à instituer.

Enfin, il ne faudra pas oublier que si, au lieu de faire l'opération, surtout en cas de paralysie incomplète des muscles dilatateurs, on soumet les malades au repos du lit et au silence absolu, si on leur administre de grandes doses de morphine, qui ont la propriété de calmer les respirations orageuses, on met, en réalité, ces malades dans les mêmes conditions que s'ils avaient subi la trachéotomie, seulement à un degré moindre.

Lennox-Browne a aussi conseillé les injections hypodermiques de sulfate de strychnine au 1/30 de grain (deux milligrammes).

Du reste, on ne s'est pas borné à ne point pratiquer la trachéotomie seulement dans les paralysies nerveuses, car Lefferts (3) en rapporte deux cas d'origine syphilitique guéris par le traitement spécifique :

(1) Hayem. *Revue des sciences méd.*, t. VIII.
(2) Hayem, t. IX.
(3) Hayem, *loc. cit.*

« Une femme de quarante ans, portant des traces manifestes d'une ancienne syphilis, avait une paralysie des dilatateurs ; elle fut soumise au traitement mixte anti-syphilitique. Six semaines après, on constatait que les cordes vocales, dans l'inspiration ordinaire, s'écartaient presque normalement. Tout cornage avait disparu et la corde gauche avait également recouvré son mouvement d'abduction. » L'autre cas est analogue.

Le fait suivant que nous devons à M. Semon (1) trouve ici sa place.

Un malade, frappé de paralysie respiratoire, est soumis par cet auteur à l'électricité qui amène une amélioration. Les symptômes subjectifs, dyspnée, cornage, etc., ont disparu ; mais, à l'examen laryngoscopique, on s'aperçoit que la glotte ne s'ouvre pas. Cet état reste longtemps stationnaire. Le malade régulièrement électrisé se trouve bien et se croit guéri lorsqu'une laryngite catarrhale aiguë intercurrente vient susciter des accès de suffocation et rend la trachéotomie nécessaire. Il faut trois heures et demie d'efforts de respiration artificielle pour parvenir à rendre aux poumons leur jeu régulier. « Aussi, conclut M. Semon, dans les cas de paralysie bilatérale des abducteurs compliqués d'une sténose laryngée très prononcée, qui ne s'améliore pas rapidement et ne laisse pas une ouverture glottique suffisante pour la respiration, doit-on pratiquer sans délai la trachéotomie, non pour guérir le malade, mais comme moyen prophylactique, et afin de permettre ensuite d'enlever la canule lorsque la guérison aura été obtenue par les efforts thérapeutiques. »

De ce fait nous devons rapprocher le cas en tous points semblable d'une malade dont il a été question dans le cours de cet article et qui est atteinte d'une paralysie des dilatateurs consécutive ou du moins accompagnée de lésions tuberculeuses dans le larynx.

Au mois d'avril 1881, M. Moure la voyant sur le point de suffoquer, lui proposa la trachéotomie, qui fut refusée. Il fallut se borner à recourir aux antispasmodiques, aux attouchements iodés et surtout à l'électricité, qui n'a pas encore été abandonnée. Sous cette influence et grâce à une hygiène

(1) *On the question of Tracheotomy in bilatéral paralysis, of the posterior crico-arytenoïd muscles.* (*The Clin. Soc. Trans.* vol. XII.)

sévère, la respiration devint moins pénible, le cornage cessa et, en ce moment, notre malade respire comme tout le monde, mais la paralysie existe toujours et reste rebelle au traitement. Aussi est-elle sans cesse soumise à une observation rigoureuse et se tient-on prêt à agir, s'il survenait la moindre complication inflammatoire.

Des considérations qui précèdent, découlent les conclusions suivantes :

1° L'électricité est souvent un bon moyen de guérison des paralysies laryngiennes, surtout lorsque ces dernières sont d'origine nerveuse. On pourra l'employer soit sous forme de courants continus comme le conseille M. Masséï, de Naples (1), soit sous forme de courants interrompus, appliqués à la partie externe du cou ;

2° Certains médicaments, l'iodure de potassium et le mercure à l'intérieur, le sulfate de strychnine en injections hypodermiques de 2 à 5 milligrammes (Lennox-Browne), peuvent, sinon toujours guérir, du moins améliorer les paralysies de nature spécifique ;

3° Enfin en dernier ressort la trachéotomie sera pratiquée non pas dans tous les cas sans exception, comme le veut M. Bonnemaison, mais dans les cas graves qui ne s'améliorent pas rapidement et exposent le malade à périr d'un accès de suffocation. Dans tous les cas du reste, l'on se tiendra toujours prêt à intervenir.

A. Ducau.

Revue Bibliographique.

Du traitement des polypes de l'oreille par l'alcool.

(Die Alkohol-Behandlung der ohrpolypen.)

Leçon clinique du Dr Adam Politzer de Vienne (2).

« Vous avez vu il y a trois semaines la jeune fille de Gallicie que je vous présente aujourd'hui, dit Politzer, elle avait alors dans l'oreille droite un polype pédiculé remplissant presque

(1) *Ann. des mal. de l'or.*, du larynx, etc., t. VIII, Mars 1881.

(2) *Druck und Verlag von Bergmann et Comp.*, Vienne, 1881.

toute la lumière du conduit, polype s'étant développé en quatre ans, à la suite d'un écoulement de l'oreille moyenne. L'audition à la voix était de 16 centimètres.

» Il fallait enlever le polype pour guérir la malade, et l'extraction de la tumeur devait en effet être faite avec le serre-nœud de Blacke, me proposant ensuite de cautériser le pédicule au nitrate d'argent, ou avec du perchlorure de fer ; mais comme la petite fille remuait sans cesse et que la chloroformisation était impraticable vu la grande faiblesse de la malade, je me décidai à essayer de nouveau l'alcool rectifié qui m'avait déjà donné d'excellents résultats. »

Après avoir nettoyé le conduit avec de l'eau tiède, M. Politzer instilla dans le conduit un peu d'alcool tiède, qu'il laissa séjourner une demi-heure environ. Au début, la malade ressentit une sensation de brûlure assez vive, qui après trois ou quatre jours de traitement n'était plus qu'une sensation de chaleur. Pendant douze jours il ne survint pas de changement bien notable dans l'apparence de la tumeur, mais après cette époque l'amélioration fut si radide que le dix-huitième jour, il ne restait plus qu'un néoplasme ayant à peine la grosseur d'un grain de chanvre, qui disparut bientôt complètement ainsi que la suppuration dont il avait été la conséquence.

L'audition après la guérison était de 5 mètres.

L'auteur rapporte ensuite un deuxième fait relatif à une jeune fille de vingt-quatre ans, porteur d'un bourgeon charnu, inséré au niveau de la partie supérieure du tympan, et simulant un polype. La section de la tumeur avec le serre-nœud et les insufflations de borax en poudre, ne pouvant empêcher les récidives de la tumeur, M. Politzer entreprit son traitement par les instillations d'alcool rectifié qui ne produisit de bon résultat que lorsque les instillations furent faites quatre fois par jour. Trente quatre jours après avoir commencé ce traitement, il ne restait aucune trace de tumeur ni de suppuration, et l'ouïe redevint normale.

Ces deux faits se rapprochent de ceux déjà décrits par l'auteur (Wien. méd. Wochensck. n° 31, 1881) (1), qui se trouvent confirmés par le docteur Morpurgo, de Trieste, qui a usé trois fois de ce procédé avec succès, et le docteur Hédinger, de Stuttgard, qui a également obtenu un résultat favorable.

M. Politzer rappelle ensuite qu'il existe dans l'oreille des polypes fibreux et myxomateux, prenant naissance soit dans la caisse, soit sur le tympan ou dans le conduit auditif, que ces néo-

(1) Voir les conclusions de ce premier article dans le n° 7 de cette *Revue*, 1er février 1881, p. 166.

plasmes sont sessils ou pédiculés, ces derniers pouvant s'enlever facilement avec les divers serre-nœuds; mais il rappelle que toutes les fois que l'on peut connaître exactement le point d'insertion de la tumeur, et que l'on est exposé à enlever l'un des osselets de l'ouïe, ou lorsque l'on voudra éviter les récidives, le traitement par les instillations d'alcool rectifié dans l'oreille donnera toujours d'excellents résultats. Si l'on emploie ce dernier procédé, il ne faut pas oublier que tant que la tumeur n'a pas regressé, on devra répéter les instillations trois ou quatre fois par jour.

La durée du traitement varie entre quinze jours et plusieurs mois, suivant la structure de la tumeur.

Aussitôt l'instillation terminée, l'auteur recommande de fermer l'entrée du conduit auditif avec un bouchon de caoutchouc.

Étude sur le catarrhe des premières voies respiratoires et ses rapports avec l'asthme.

Par le Dr Élie Percepied, médecin-consultant au Mont-Dore.

La pharyngo-laryngite catarrhale ou le catarrhe des premières voies respiratoires, comme préfère l'appeler l'auteur, est une affection à marche essentiellement chronique dont les délimitations anatomiques ne peuvent pas être nettement définies; de là tant de dénominations diverses.

Un de ses principaux caractères est la diffusion qui, quels que soient le mode et le point de début, s'étend des fosses nasales au pharynx, au larynx, à la trachée, et même accidentellement aux bronches.

Tout en reconnaissant que des causes nombreuses et variées peuvent donner lieu à cette affection, M. Percepied la croit presque toujours sous la dépendance d'un état général constitutionnel et, malgré les marques distinctives apportées quelquefois par ces diverses causes, il ne pense pas devoir, à l'exemple du docteur Cadier, établir de divisions dans la description d'une maladie qui, au fond, est toujours la même.

Après un court historique, il dit que, d'une manière générale, toute cause d'irritation de la muqueuse du pharynx et du larynx sera susceptible de déterminer cette affection. Mais aux causes d'irritation locale, vient s'en joindre une autre, une diathèse telle que la scrofule, l'herpétisme, l'arthritis, le diabète, la tuberculose, etc., qui fixe la fluxion et peut à elle seule la faire naître et l'entretenir.

Arrivant aux symptômes, il distingue à la maladie deux périodes.

Dans la première, l'aspect de la muqueuse pharyngée est loin d'être toujours le même et ses variations tiennent soit aux phases de la maladie, soit à ses diverses formes. Tantôt la muqueuse est d'un rouge uniforme, érythémateuse, scarlatiniforme, égale ou indurée par places. Les granulations peuvent faire défaut ou, lorsqu'elles existent, donner au fond de la gorge un aspect chagriné, laissant échapper un liquide séreux ou séro-purulent ou bien contenant de petites granulations calcaires.

Le plus souvent on remarque des élevures en grand nombre de formes papuleuses ne dépassant pas en avant le voile du palais et les piliers antérieurs, et, dans les anfractuosités se trouvent des vaisseaux nombreux, congestionnés et variqueux.

De l'arrière cavité des fosses nasales descend un mucus blanc, jaunâtre dans les formes subaiguës, ou bien ce sont des mucosités concrètes et très adhérentes aux tissus auxquels elles donnent parfois un aspect vernissé. En même temps il existe une sensation de chaleur âcre. Les amygdales, la luette, la base et le bord libre de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, les éminences aryténoïdes et les bandes ventriculaires sont le siège des mêmes lésions.

Un des premiers symptômes qui frappent le malade est la raucité de la voix, intermittente d'abord, puis continue, surtout chez les alcooliques qui finissent par avoir la voix de *rogomme*.

Au début, peu de douleur, mais un besoin fréquent d'expuition, surtout le matin. Les crachats sont opalins, amidonnés, granuleux et d'aspect gélatineux, plus tard ils deviennent grisâtres; pour s'en débarrasser, le malade produit une sorte de reniflement guttural; ou, s'ils siègent dans le larynx, le *hem* caractéristique; on peut observer aussi des coryzas et des bourdonnements d'oreille fréquents et de courte durée.

Dans la deuxième période, les lésions apparentes sont à peu près les mêmes, mais la raucité de la voix est continue; une conversation ou une lecture à haute voix produisent une aphonie souvent durable. Il existe un sentiment de chaleur, de sécheresse à l'arrière-gorge et une toux quinteuse, incessante. De plus, ordinairement de la dyspepsie et sa suite.

L'état subaigu est très fréquent, on peut même dire que la maladie est caractérisée par une série d'états subaigus séparés par des moments de calme qu'il ne faut pas prendre pour la guérison.

Complications. — La trachéite, le coryza, l'otite, la bronchite, les dyspepsies qui sont ordinairement secondaires, précèdent parfois l'angine ; la tuberculose lorsque le sujet est prédisposé à

l'affection. Un grand nombre d'asthmatiques sont atteints de catarrhe des premières voies respiratoires. Y a-t-il là, se demande l'auteur, plus qu'une coïncidence, et faut-il y voir un rapport de cause à effet? Il semble conclure à l'affirmative, car, si une excitation de la pituitaire peut, par action réflexe, déterminer de l'asthme, pourquoi ne pourrait-il pas en être ainsi pour la muqueuse pharyngée qui reçoit des filets nerveux du pneumogastrique? Stoker, de Dublin, signale dans la pharyngo-laryngite des symptômes très analogues à ceux de l'asthme humide. On sait de plus que l'excitation directe du pharynx par la cautérisation provoque des crises d'orthopnée.

Enfin beaucoup d'asthmatiques peuvent prévoir à l'avance la venue de leur accès sous l'influence d'un refroidissement ou de toute autre cause. L'auteur lui-même rapporte les observations de trois malades atteints depuis longtemps de pharyngo-laryngite catarrhale et depuis peu, d'asthme au début. C'est encore l'opinion du docteur Hastings exprimée par Guéneau de Mussy.

S'il en était ainsi, on comprend toute l'importance de cette affection au point de vue du traitement préventif et curatif de l'asthme.

Traitement local et général. — Le premier variera selon les périodes et la marche de la maladie. Avant tout, il faut observer une hygiène rigoureuse et éviter toute cause d'irritation locale.

Dans l'état subaigu et au début, les gargarismes émollients, puis les astringents, et ou quelques fumigations, s'il y a de la trachéite; quelques bains de pieds et un purgatif dans le cas d'anorexie.

Contre l'état chronique, les cautérisations au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, ou encore avec la solution iodo-iodurée étendue de glycérine, selon la formule de Mandl, qui s'élève contre l'emploi des caustiques, comme le docteur Fauvel contre la cautérisation ignée.

Une des principales méthodes de traitement est l'emploi des pulvérisations minérales ou balsamiques, les irrigations nasales contre le coryza, les attouchements au chlorure de zinc contre la laryngite.

Le traitement général s'adressera avant tout à la diathèse.

Aux arthritiques, les alcalins, aux dartreux, asthmatiques ou tuberculeux, l'arsenic, les balsamiques, l'iodure de potassium, etc.

Mais la médication par excellence, est la médication hydrominérale longtemps continuée, celle du Mont-Dore aurait une efficacité incontestable, d'après les nombreuses observations dont M. Percepied fait suivre son étude.

De l'Hamamelis virginica, son action thérapeutique

Par le Dr René Serrand, médecin consultant à Cauterets.

L'hamamelis virginica est un médicament qui ne figure encore dans aucun ouvrage de thérapeutique français.

C'est un arbuste beaucoup plus grand que le noisetier comestible, formé de plusieurs troncs branchus, tordus, provenant de la même racine et couverts d'une écorce lisse grise, et tachetée. Il croît aux Etats-Unis, spécialement dans les lieux humides.

L'écorce et les feuilles sont les parties employées en médecine, elles ont une odeur agréable, aromatique et un goût amer et astringent, laissant à la bouche une sensation à la fois âcre et sucrée.

Le premier, Hale, a indiqué ses applications curatives et par des expériences physiologiques et des essais thérapeutiques, il a démontré que l'hamamelis était un médicament puissant contre toutes les affections du système veineux et toujours efficace contre les *congestions passives*. Il l'a employé sous forme de teinture alcoolique et le plus souvent concurremment intus et extra.

Les expériences entreprises et répétées depuis quelques années par le docteur Serrand, tendent toujours à confirmer l'efficacité de cet agent dans les congestions passives, quel que soit l'organe atteint, *pharynx*, *larynx*, conjonctive oculaire et palpébrale, etc., et à lui attribuer une action analgésique des plus rapides.

L'auteur cite à l'appui de ce qu'il avance quelques observations où le résultat obtenu aurait été des plus frappants.

De plus, et c'est un fait sur lequel M. Serrand insiste tout particulièrement, les symptômes généraux se sont toujours très promptement amendés sous l'influence de cet agent. Toutefois l'effet, bien que rapide et souvent presque immédiat, n'étant pas de longue durée, il est nécessaire pour obtenir une action durable de revenir toutes les trois heures au même moyen jusqu'à ce que l'amélioration soit confirmée. Ce moyen consiste pour les congestions passives du larynx en attouchements avec la teinture d'hamamelis.

Si le succès obtenu jusqu'à ce jour se trouve confirmé par de nouveaux essais, nous devrons savoir gré au docteur Serrand d'avoir, le premier, introduit en France un médicament que l'on aura souvent l'occasion d'employer contre des états pathologiques si difficiles à améliorer.

Revue de la Presse

Epistaxis ; insufflations de poudre de gomme alunée, par M. le Dr Emile Deghilage, de Mons. — L'épistaxis est, dans de certaines limites, une hémorrhagie qui ne peut inspirer de craintes, ni par conséquent réclamer les secours de l'art ; mais lorsqu'elle est trop considérable et qu'elle se prolonge avec une grande violence, elle doit être promptement l'objet d'un traitement approprié.

La médication à laquelle on a ordinairement recours dans les cas de ce genre, consiste dans les injections de perchlorure de fer ou le tamponnement des narines, moyens incommodes et douloureux, qui présentent parfois de sérieux inconvénients et font courir au malade de grands dangers.

Chez une de mes clientes, âgée de 45 ans, après avoir employé tous les moyens ordinaires pour arrêter une épistaxis qui prenait des proportions excessives, je me suis servi avec le plus grand avantage d'un procédé beaucoup plus simple et en même temps d'un effet bien plus certain. C'est l'insufflation dans les fosses nasales, à l'aide d'un tube en verre, d'un mélange à parties égales de poudre de gomme et de poudre d'alun.

Une pincée de ce mélange, insufflée à trois reprises différentes, suffit pour maîtriser l'hémorrhagie et l'arrêter définitivement.

Le même résultat fut obtenu chez un jeune garçon de dix ans, qui avait été soumis au tamponnement sans que l'écoulement du sang eût été suspendu.

Sur les conseils d'un de mes confrères de l'armée j'avais utilisé antérieurement de la poudre de gomme ; mais il est facile de concevoir que l'association de l'alun à cette substance ne peut qu'en augmenter l'efficacité, puisque ce sel par la stypticité dont il est doué, détermine rapidement la coagulation du sang, et que le mélange de ce liquide avec la poudre gommeuse, donne ainsi naissance à un caillot, véritable tampon imperméable et bien adhérent, qui s'oppose puissamment à la continuation ultérieure des accidents hémorrhagiques. *(Le scalpel*, 12 juin 1881.*)*

Blessure du cou ayant atteint le nerf récurrent droit, et déterminé une aphonie complète, par le Dr George Lefferts. — La rareté de ces cas rendra peut-être l'histoire suivante intéressante :

Le 5 janvier 1881, la malade, une Allemande, âgée de 47 ans, était tranquillement couchée dans son lit sur le côté gauche, lorsque son mari ivre, s'approcha d'elle et la frappa au cou, avec

une paire de ciseaux effilés. La femme essaya de se retourner et de se lever, mais elle reçut un second coup au niveau de la partie inférieure de la joue. Elle essaya alors de crier pour appeler du secours, mais ce fut en vain.

Le 5 avril, l'auteur consulté sur la cause de cette aphonie, constata l'existence d'une longue cicatrice irrégulière au niveau de la joue droite, cicatrice située à peu de distance de l'angle de la mâchoire, et une deuxième plus petite, résultant évidemment d'une plaie pénétrante (punctured wound), occupant le bord inférieur du sterno-mastoïdien au niveau du bord inférieur du cricoïde, du même côté que la première.

La malade aphone, parlait simplement à voix basse, et éprouvait un peu de dyspnée surtout au moment des efforts. Le laryngoscope révéla nne paralysie complète de tous les muscles du côté droit du larynx; la corde vocale de ce côté était dans la position cadavérique. La corde gauche se tend facilement et compense un peu le défaut d'action de sa congénère en dépassant la ligne médiane; au moment de l'adduction, le cartilage aryténoïde gauche passe au devant de celui du côté opposé et détermine ainsi l'affrontement des rubans vocaux. La muqueuse a son aspect normal. L'auteur fait remarquer que l'affection est incurable, que sans l'examen laryngoscopique, on aurait pu songer à une aphonie due à la peur. (*Améric. journ. of méd. scienc.*, Jul. 1881.)

Corps étranger de l'oreille; mort à la suite d'essais répétés d'extraction. Un homme âgé de 41 ans avait dans son conduit auditif un fragment de pierre. Quelques chirurgiens, sans examiner l'oreille, firent plusieurs essais d'extraction, mais pendant leurs tentatives, le malade fut pris de violentes convulsions bientôt suivies de paralysie. Puis survinrent des écoulements de sang répétés par la trompe d'Eustache et par le conduit auditif externe. Enfin trois semaines après, le malade mourut de septicémie.

A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans les lobes inférieurs des deux poumons et dans les muscles des membres inférieurs. Dans le conduit auditif externe, se trouvaient des amas de matière fétide, et les téguments du conduit étaient recouverts de sécrétion pultacée et de granulations inflammatoires. Le périoste était décolé de l'os qui commençait à se carier. Le tympan détaché de ses insertions était refoulé vers l'orifice de la trompe. Le manche du marteau et l'enclume touchaient presque la fenêtre ovale; toutes les parois du labyrinthe étaient dénudées. Au niveau du point où la corde du tympan sort du conduit du facial, existait une ouverture irrégulière communiquant avec ce canal, et la corde du tympan était elle-même déchirée au

niveau de la scissure de Glaser. On voyait en outre une autre ouverture ovale d'un demi-centimètre située au fond de la caisse du tympan, au niveau de la veine jugulaire. *Mais on ne trouva aucune trace de morceau de pierre.* (*Revista de méd.* 5 avril 1881.)

Croup guéri par des injections de pilocarpine, chez un enfant d'un mois. — Chez les tout petits enfants, le croup est bien difficile à combattre.

Chez eux la trachéotomie ne réussit jamais; l'emploi des topiques, des modificateurs locaux, est peu commode, car il n'est pas question d'agir sur le pharynx comme chez les sujets plus âgés, qui présentent, au début, de l'angine couenneuse. Il faut pouvoir faire pénétrer jusque sur les cordes vocales les substances que l'on emploie, et, bien qu'il y ait pour y parvenir certains tours de main que nous développerons plus tard, la chose est toujours très délicate et de pénible exécution.

Parmi les nombreux remèdes que l'on a préconisés contre cette terrible affection, les injections de pilocarpine présentent du moins cet avantage d'être faciles à pratiquer.

M. Damaschino vient d'y avoir recours, en désespoir de cause, dans un cas de croup confirmé chez un enfant d'un mois; et aujourd'hui, après huit jours de traitement, l'enfant peut être considéré comme guéri. On lui pratiquait chaque jour deux injections hypodermiques, chacune de dix gouttes de solution. Les premiers effets étaient toujours une sudation, une salivation, une expectoration abondantes.

Comme les enfants de cet âge ne savent pas cracher, les fausses membranes que les efforts de toux pouvaient détacher étaient avalées à mesure. Mais le diagnostic n'était pas douteux.

Un fait isolé n'a pas grande valeur dans les questions de thérapeutique, car il faut toujours tenir compte des coïncidences possibles et des guérisons spontanées.

Cependant, comme il s'agit là d'un remède sans grand danger, à essayer dans des conditions où l'on serait souvent réduit à s'abstenir, il peut être bon de signaler les résultats encourageants, quelque peu probants qu'ils puissent être. *(Gazette des hôpitaux*, 9 juillet 1881.)

La surdité chez les employés de chemin de fer. — M. Moos d'Heidelberg (*London medical Record)* a observé dix cas de troubles graves de l'audition chez des mécaniciens et des chauffeurs. Dans quatre cas, il s'agissait de catarrhe avec transformation scléreuse de l'oreille moyenne. L'un des malades, mécanicien depuis longtemps, n'a vu survenir de troubles que dans la dernière année, parce qu'il a beaucoup voyagé sous des tunnels. Il a eu des rhumes fréquents accompagnés de douleurs et de

tintements d'oreilles. Les bruits subjectifs et la surdité sont toujours plus marqués après un voyage. Cet individu aurait occasionné une collision grave à cause de sa surdité. Le docteur Moos croit qu'au lieu d'une amende cet homme aurait des droits à une indemnité parce qu'il avait perdu l'ouïe au service du chemin de fer.

Les conclusions de l'auteur sont que les mécaniciens et chauffeurs de locomotive sont sujets à des affections de l'oreille accompagnées d'un affaiblissement de l'ouïe, se produisant ordinairement des deux côtés. On les voit survenir peut-être plus chez ceux qui sont occupés sur des chemins de fer traversant des contrées montagneuses.

En ce qui concerne les signaux, cette surdité acquise est plus dangereuse que la cécité des couleurs, parce que celle-ci est congénitale et permet de ne pas accepter un homme impropre pour un travail de voie, tandis que la surdité survient chez un homme auparavant parfaitement sain jusqu'à ce qu'un accident, un refroidissement diminue ou détruise complètement l'audition.

On devrait examiner l'audition de quiconque demande à être mécanicien et en particulier de ceux qui après avoir été longtemps chauffeurs demandent à devenir mécaniciens.

On devrait surveiller avec soin les employés en ce qui concerne la surdité, et examiner leurs oreilles au moins tous les deux ans, peut-être plus souvent chez ceux qui parcourent les tunnels. *(Journ. de méd. et de chir. prat.*, Juillet 1881.)

Un cas de récidive de polype du larynx, par le Dr HARTMAN (de Baltimore).— L'auteur a déjà rapporté, dans le *Virginia medical Montly* (juin 1878), plusieurs cas de polypes du larynx extraits par les voies naturelles. L'un de ces polypes, de nature papillomateuse, occupant la région inter-aryténoïdienne, fut enlevé au mois de juin 1873, et la voix revint normale après l'opération. Pendant trois ans le malade fut observé et n'éprouva aucune gêne.

Le 16 novembre 1880, après avoir eu froid au mois de mars de cette même année, il avait conservé un léger mal à la gorge ; sa voix était devenue rauque, et il éprouvait dans le larynx un sentiment de gêne qui avait toujours été en augmentant, et lorsqu'il vint de nouveau consulter son médecin, il était comme avant d'avoir subi sa première opération.

L'examen laryngoscopique montra que la tumeur avait récidivé, en partie à son ancienne place, mais s'étendant beaucoup plus au-dessus de la corde vocale droite et occupant les deux tiers de l'orifice glottique, qu'elle obstruait. Le malade éprouvait, du

reste, une dyspnée très prononcée. L'extirpation fut faite la moitié le 27 novembre et le reste le 4 décembre.

Le 23 décembre, le malade avait recouvré sa voix d'autrefois.

L'auteur fait observer que les récidives de polypes du larynx sont rares et que c'est le premier cas qu'il a eu l'occasion d'observer. (*Archiv. of laryngol. New-York*, vol. II, nº 3, juillet 1881.)

Paralysie hystérique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, par le Dr William.-C. Glascow (de Saint-Louis). — H. Lizzie, jeune fille d'origine allemande, âgée de seize ans, très robuste, fut adressée au Dr William, par son confrère le Dr Pollock, pour une dyspnée considérable et la perte de la voix. L'inspiration était bruyante et entendue à distance ; la malade souffrait depuis six semaines environ, et par moment la dyspnée était moins prononcée.

Les bruits du cœur étaient tumultueux. L'examen laryngoscopique permit de constater que les cordes vocales occupaient la ligne médiane et restaient immobiles pendant l'inspiration ; la muqueuse était normale.

On fit une séance de faradisation, et on prescrivit de la teinture de digitale. Le lendemain, la respiration était plus calme ; l'aphonie persistait, et les cordes restaient toujours immobiles.

Le huitième jour, la voix était redevenue claire, et la respiration était normale. Six semaines après, on ramena la malade, qui était devenue intraitable, et que ses parents voulaient placer dans un Asile, où elle fut mise, en effet, confiée aux soins du Dr V. Howard, qui regarda la malade comme étant atteinte de manie aiguë et d'hystérie.

La jeune fille resta neuf mois à l'Asile, d'où elle sortit guérie.

L'auteur pense que les symptômes présentés par la malade et les troubles cérébraux qui suivirent ensuite, permettent de rapporter cette paralysie à l'hystérie. (*Arh. of laryngol.* New-York, 1er juillet 1881, nº 3, vol. 2.)

Tuberculose crétacée du pharynx. — M. X..., âgé de vingt-six ans, malade depuis trois ans, a eu des hémoptysies, tousse habituellement, crache épais, a de la fièvre revenant par accès, des sueurs nocturnes matinales, et a maigri d'une façon notable. Sa voix est enrouée et son appétit assez bon. Il mange et digère bien, sauf quelques attaques de diarrhée.

On trouve de la matité sous-claviculaire droite, une respiration rude avec léger retentissement de la voix, et quelques bulles de râle muqueux variables au même point. En avant, dans la fosse sus-claviculaire et en arrière dans la fosse sus-épineuse, il y a également quelques bulles de râle muqueux.

Le malade dit cracher des pierres, et montre dans un papier une notable quantité de détritus terreux, blanchâtre, râpeux, de volume variable, les plus gros ayant le volume d'un noyau de cerise. On dirait, à la couleur et à la sensation sous le doigt, de petits morceaux de *moellon tendre*. C'étaient évidemment des tubercules crétacés rejetés par l'expectoration ; et comme le malade était phtisique, l'auteur crut avoir affaire à un de ces cas rares de *phtisie calculeuse* décrits par Morton et d'autres cliniciens.

Mais, en examinant le pharynx, on constata une large ulcération grisâtre, anfractueuse, couverte de mucus, de détritus caséeux et de masses calcaires enchatonnées. Cette ulcération à bords rouges, déchiquetés à pic, remontait derrière le voile du palais dans les arrières-fosses nasales et descendait assez bas. Elle est douloureuse et gêne notablement la déglutition. C'était une pharyngite tuberculeuse crétacée.

On prescrivit de la *teinture d'iode appliquée localement* tous les deux jours et de l'*huile de morue à l'intérieur*.

Pendant plusieurs mois ce malade revint, rapporta quelques petits fragments nouveaux de matière crétacée et montra un état de consomption croissant en rapport avec les progrès de la lésion pulmonaire, puis on ne le revit plus. Il est certain qu'il a dû succomber, et on ne put savoir si les pierres rejetées avec les crachats venaient exclusivement du pharynx et s'il n'en sortait pas des poumons.

Quoi qu'il en soit, c'est un fait curieux et qui complète l'histoire de la pharyngite tuberculeuse faite récemment. (*Paris méd.*, 23 juin 1881.)

NÉCROLOGIE

Mandl (Louis), né à Pesth (Hongrie), le 14 novembre 1812, est mort à Paris, en son domicile, rue Tronchet, le 5 juillet, après une longue maladie.

Il s'était fait recevoir docteur à Pesth en 1836 et vint peu de temps après à Paris, continuer et importer chez nous les études micrographiques. Il avait commencé la publication de son *Anatomie microscopique* en 1838, avait publié en 1839 son *Traité du microscope*, en 1840 son *Analyse des travaux concernant la structure intime des productions pathologiques*, son travail *Sur les rapports qui existent entre le sang, le pus, le mucus et l'épiderme*, lorsqu'il se décida à subir devant la Faculté de Paris (22 août 1842) sa thèse pour le doctorat, sur les *Recherches médico-légales sur le sang*. Dans cette thèse, sous la présidence d'Orfila, il établissait que c'était Orfila qui le premier avait employé, dès 1827, le microscope dans les expertises médico-légales.

Outre ses mémoires d'anatomie pathologique, Mandl a encore publié : *Manuel d'anatomie générale*, appliquée à la physiologie et à la pathologie, 1843. — *Notice historique sur les travaux de Breschet et de Geoffroy Saint-Hilaire*, 1846. — *Anatomie pathologique de la phtisie pulmonaire*, 1855. — *Des fumigations comme traitement de la bronchite chronique*, avec la description d'un nouvel appareil fumigatoire, 1857. — *Traité des maladies du larynx*, 1872. — *Incrustation sur la lèvre vocale*, 1874.

Il a publié d'assez nombreux articles dans les Archives de médecine, tous relatifs à la spécialité à laquelle il se livrait avec beaucoup d'honorabilité.

Il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur le 6 mai 1846 et se fit naturaliser Français en 1849.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Balleyguier. — Du traitement de la pharyngite granuleuse par l'ignipuncture. (Thèse de Paris 1881.)

Fleynie (de Limoges). — Du traitement de l'angine couenneuse par la glace. (*Rev. méd.*, 18 juin 1881.)

Cassin. — Croup, angine diphtéritique ; administration de la pilocarpine ; guérison. (*Lyon méd.*, 5 juin 1881.)

Christopher Heath. — Note clinique sur les ulcérations syphilitiques et cancéreuses de la langue. (*Brit. méd. journ.*, 18 juin 1881.)

Langenbeck. — De l'amputation de la langue par le thermo-cautère. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 juin 1881.)

William Dunnett Spanton. — Trois cas d'excision de la langue, avec quelques remarques sur les différents procédés d'ablation de la langue. (*The Lancet*, 4 juin 1881.)

Larynx et trachée.

Ball-Anderson. — Paralysie bilatérale des cordes vocales. (*Brit. med. journ.*, 18 juin 1881.)

Carl Seiler. — Laryngite syphilitique. (*Amer. med. assoc., section d'otol. et de laryng.* — *N. Y. med. Rec.*, 21 mai 1881.)
— De la laryngite chronique. (*Méd. soc. of. the state of Pensylvania* et *N. Y. Med. Rec.*, 28 mai 1881.)

Cerni (int. des hôpitaux). — Nécrose du cricoïde, accidents pendant la trachéotomie. (*Soc. anat.*, 26 novembre 1880. — *Progr. méd.*, 28 mai 1881.)

Clinton Wagner. — Laryngotomie sous-hyoïdienne pour extraire une épiglotte atteinte d'épithélioma. (*New-York med. Rec.*, 21 mai 1881.)

Gemmell. — Dépôt fibrineux dans le larynx et la trachée. (*Brit. med. journ.*, 18 juin 1881.)

Gottstein (de Breslau). — De la valeur de l'inhalation des substances médicamenteuses. (*Deuts. med. zeit et conc. méd.*, 11 juin 1881.)

GOUGUENHEIM. — De la laryngite syphilitique secondaire (Suite). (*Gazette des hôpit.*, 31 mai 1881.)

JURASZ. — De l'aphonie spasmodique. (*Deuts arch. fur Klin med.*, t. XXVI, et *Paris méd.*, 2 juin 1881.)

THOMAS WIPHAM. — Anévrysme de l'aorte embrassant la trachée, reconnu à l'aide du laryngoscope. (*Clinic. soc. of London* et *Brit. med. journ.*, 28 mai 1881.)

Oreilles.

BLAKE (de Boston). — Maladies de l'oreille moyenne chez l'enfant, dans le cours des fièvres éruptives. (*Med. Rec.*, 14 mai 1881.)

CHISHOLM (de Baltimore). — Tiraillement du muscle tenseur du tympan comme cause de bourdonnement. (*N. Y. Méd. Rec.*, 21 mai 1881 ; *Comptes-rendus de l'Americ. méd. assoc., section d'otol. et de laryng.*)

JOS. GRUNFELD. — Miroir à démonstration attaché au pavillon du speculum auris. (*Monats. fur ohrenh.*, n° 4, avril 1881.)

LEVY. — Catarrhe purulent de l'oreille moyenne et externe ; polype ; ablation à l'aide du polypotome de Wilde ; guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai 1881. n° 9,)

MACKENSIE. — Rupture du tympan accompagnée de paralysie faciale (*Brit. med. journ.*, 11 juin 1881, p. 922.)

MAILLARD. — De l'audiomètre et de quelques phénomènes relatifs à l'audition. (Thèse de Strasbourg, 1881. Compte-rendu dans le *Journal de méd. et chir. pratique*, juin 1881.)

THOMAS POOLEY. — Contribution à l'étude de la pathologie de l'organe de l'ouïe, traduit par Steinbruge. (*Zeitsch. fur ohrenh. et monatssch. fur ohrenh.* n° 4, avril 1881.)

Nez.

GOURJON. — Contribution à l'étude de la rhinite chronique simple et des rhinites diathésiques. (Thèse de Paris, mai 1881.)

MAX SCHAEFFER. — De l'ozène. (*Monatssch. fur ohrenh.*, n° 4, avril 1881.)

WILLIAM-C. JARVIS.— Guérison du catarrhe nasal. (*N. Y. Med. Rec.*, 21 mai 1881. *Compte-rendu de l'Amer. med. assoc., sect. d'otol. et de laryng.*)

Ouvrages déposés au bureau du journal :

Observation de kyste du larynx très volumineux. (*Ueber eine ungewohnlich gross Kehlkopfcyste.*)

Paralysie unilatérale du muscle crico-aryténoïdien postérieur, chez un enfant de huit mois. (*Ueber einsetige Posticus-Lahmung cei einem halbjährigen kinde*), par le professeur SOMMERBRODT.

Des polypes de l'oreille (*polipes auriculares*), leçon clinique du Dr ARIZA, seront analysés.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.